Migrena w podróży: zapis stref czasowych

Pusty arkusz · do wypełnienia ręcznie · A4, mieści się też na US Letter · dim.arvetechapps.com · arkusz porządkujący, nie test diagnostyczny

Data / czas lokalny / strefa	Podróż / zmiana rutyny	Ból głowy? (tak/nie)	Najsilniejszy ból (0–10)	Objawy / godzina	Lek doraźny? (tak/nie)	Leki / pytania